

Cancers et sexualité : les médecins ne doivent plus faire l'impasse

Cancers and sexuality: physicians should no longer miss out

P. Bondil*, D. Habold**

Le cancer se transforme en maladie chronique

Guérir du cancer étant (et restant) légitimement la priorité, les conséquences sexuelles des cancers et de leurs traitements apparaissaient jusqu'à présent comme un "prix à payer" pour survivre. Les progrès médicaux (1) ont modernisé la perception du cancer, puisqu'on vit de plus en plus longtemps, avec un cancer traité, surveillé, en rémission voire guéri (près de 50 % d'autant plus que le diagnostic est précoce) [2]. En fait, il n'y a pas un mais plusieurs cancers, très différents selon leur incidence et, surtout, leur pronostic (*figure*), les cancers de mauvais pronostic étant heureusement minoritaires. Cette transformation encore méconnue en maladie chronique (qui concerne 75 % des cancers) fait que les 1,7 million de malades avec l'affection de longue durée (ALD) n° 30 et leurs proches sont confrontés, dans la vie de tous les jours, à des problématiques de qualité de vie. Ce constat positif met en avant la nouvelle nécessité pour les professionnels de santé de se préoccuper aussi des répercussions sur la qualité de vie. Cette forte attente des patients et de leurs proches, clairement établie par de multiples enquêtes (1-4), a été reconnue par les plans Cancer, qui soulignent notamment l'émergence d'"un nouveau problème de santé publique : la gestion de l'après-cancer" (2). Le consensus croissant pour retenir le bien-être comme indicateur complémentaire d'évaluation des performances collectives de santé illustre, sans équivoque, cette évolution (5). Par conséquent, étant donné que de plus en plus de personnes vivent et vivront avec un cancer (+ 12 % entre 2005 et 2010) [2], l'organisa-

tion des soins en termes de lisibilité, d'accessibilité, d'accompagnement et de continuité devient un réel paramètre d'équité d'accès à des soins de qualité. Les plans Cancer, le développement des soins de support et la loi HPST visent à corriger ces inégalités d'accès aux soins d'autant plus que les populations les plus touchées sont aussi parmi les plus défavorisées (1-3, 5). Un apport de l'enquête "La vie 2 ans après le diagnostic de cancer" est d'avoir mis en évidence que les variables socio-démographiques jouaient un rôle aussi important sur la qualité de vie que les séquelles ressenties par les sujets malades (3). Pourtant, la réponse au quotidien reste globalement insatisfaisante, car les soignants (notamment les médecins) sont trop peu réactifs, malgré une sensibilisation indéniable (6). En fait, les médecins s'occupant de cancers sont souvent désarçonnés par ces demandes d'écoute et de soins liées aux émotions négatives (comme la souffrance ou l'inquiétude) et au mal-être engendré par la maladie cancéreuse (1, 7, 8). Mal préparés, ils sont plus à l'aise dans le contexte normatif, technique et objectif propre à l'évaluation carcinologique. Malgré les perspectives démographiques (plus de cancers et moins de médecins) [2], les médecins ne peuvent plus faire l'impasse sur leur rôle dans le domaine de la qualité de vie des patients. Éthiquement, ils ne doivent pas privilégier une médecine technicienne (rapide et objective) d'"organes" au détriment d'une médecine humaniste globale, plus lente et plus subjective, mais qui incorpore la singularité des personnes tout comme les dimensions de qualité de vie et d'environnement, le temps humain étant aussi important que le temps technique ou marchand. Pour accompagner (dimension éthique

* Service d'urologie et d'andrologie, centre hospitalier de Chambéry.

** Centre de soins de support Ermios, centre hospitalier de Chambéry.

Résumé

Cancer et sexualité ne sont en rien antinomiques, et la pathologie sexuelle liée au cancer ou à sa prise en charge ne doit plus être ignorée comme c'est encore le cas pour un grand nombre de patients. À l'exemple de la douleur il y a 20 ans, négliger d'aborder la problématique sexuelle, paramètre important du bien-être à tout âge, est une erreur pour 3 raisons : les patients sont demandeurs d'informations et, souvent, d'une prise en charge ; cette dernière est très souvent bénéfique pour le patient ou son partenaire ; la prise en compte de ce sujet s'inscrit dans une approche humaniste et technicienne qui facilite une réelle personnalisation de l'offre de soins, car la demande oncosexologique n'est ni systématique ni uniforme. Au même titre que l'oncopédiatrie, l'oncoséxologie est une nouvelle offre au service et au bénéfice des patients, de leurs proches et même des soignants qui prennent en charge les cancers, car elle fait partie du soin et s'intègre tout naturellement au parcours personnalisé au titre des soins de support pendant et après le cancer. Le principal frein actuel ne réside pas dans un défaut de sensibilisation des soignants mais avant tout dans une carence conjuguée des connaissances et de l'offre de soins qu'il faut corriger. Les patients concernés doivent tous pouvoir bénéficier de soins de qualité, au même titre que lorsque les problématiques sont organiques, psychologiques ou sociales.

Mots-clés

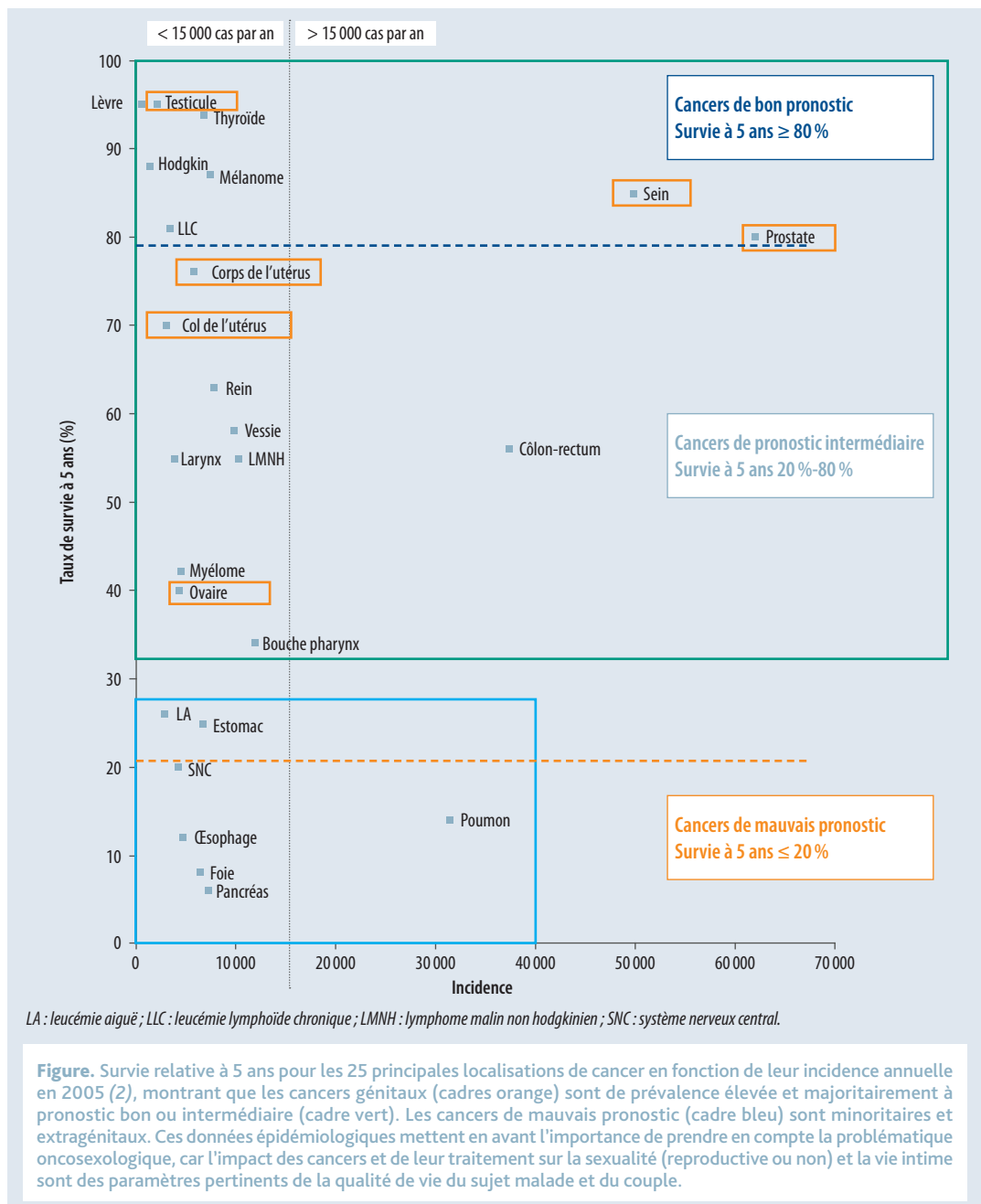
Cancer
Sexualité
Offre de soins
Résistances médicales
Qualité de vie
Information

Summary

Cancer and sexuality are not antithetical, and the sexual diseases related to cancer and to its treatment should no longer be an orphan disease for a majority of patients as it is now. By comparison to the pain situation of 20 years ago, to neglect the sexual problematics, a chief parameter for the well-being at any age, is an error for 3 reasons: reality of a strong demand (minimal information and often a treatment); the often beneficial impact for both patient and partner; this specific care involves a humanistic and technical approach facilitating personalized care all the more as the oncosexological demand is neither constant nor uniform. As well as oncopediatrie, oncoséxologie is a new health care offer beneficial to patients, couples and even all health carers in charge of cancers as oncoséxologie belongs to common health care in oncology. It fits naturally into the care process as supportive care during and after the cancer. The main present obstacle does not lie in an insufficient sensitization of health careers but above all in a combined deficit of knowledge and health care offer that must be corrected. The sexual troubles related to cancer must rightfully benefit from quality care and treatment like the other organic, psychological or social issues for reducing the inequality to health care access.

Keywords

Cancer
Sexuality
Health care offer
Medical resistances
Quality of life
Information



et humaniste du soin) au mieux le patient et le couple, le médecin doit apprendre à s'appuyer sur un réseau (informel ou non) en collaborant, déléguant, orientant vers les divers professionnels de santé, les réseaux de soins et les associations de patients (2, 6).

Cette approche transversale, inter- et intradisciplinaire, intègre tout naturellement les soins de support et répond aux demandes sociétales contemporaines d'une médecine plus axée sur le patient, c'est-à-dire personnalisée, "sur mesure".

La santé sexuelle et la vie intime font partie intégrante du bien-être et de la qualité de vie à tout âge

La qualité de la vie et le bien-être d'une personne dépendent d'une série de facteurs objectifs et subjectifs (positifs ou négatifs) sur un intervalle de temps donné (1, 3, 5, 7). Quoique facultative et non vitale, la vie sexuelle en est un paramètre pertinent et validé d'autant plus important que près de la moitié des malades cancéreux ont entre 18 et 64 ans (2), âges où la vie sexuelle d'une majorité de patients (et de ménages) est active (9, 10). En fait, la problématique oncosexologique concerne tous les âges (3, 5, 6), car elle inclut, d'une part, l'oncogériatrie (28,2 % des patients avaient plus de 74 ans en 2009) [1, 2], la poursuite d'une vie intime étant un des paramètres du "bien-vieillir" (5), et, d'autre part, l'oncopédiatrie, via l'information et, si possible, la prévention des répercussions sur la sexualité (reproductive ou non) des enfants et des adolescents (fragiles car en construction de leur identité sexuelle) [1, 2]. Pour la majorité des individus, la sexualité représente un moteur de la vie personnelle et relationnelle et un fondement de l'identité (1, 3, 9, 10). Elle est un des cimentés du couple moderne, qui se caractérise par l'union de 2 êtres autonomes et désirants; ce facteur d'épanouissement personnel et conjugal est reconnu par la quasi-totalité des Français (tableau) [5, 9, 10] et même par les sages du Conseil national consultatif d'éthique en 1992: "Toute amélioration des troubles de la santé sexuelle contribue au bien-être de l'individu." Cette place singulière reste ignorée par nombre de soignants concentrés sur l'aspect carcinologique, d'autant plus que la sexualité, qui relève du domaine de la sphère intime, est plurielle et se vit beaucoup plus qu'elle ne se dit. Malheureusement, le sentiment que la perte de la vie sexuelle est un prix à payer reste trop souvent partagé par nombre de patients, de couples et de soignants (6-9, 11-14). Par conséquent, briser le silence et les tabous est important, car ce prix se paye tous les jours en termes de désir et de plaisir mais aussi de vie émotionnelle, affective, relationnelle ou sociale, et est à l'origine de sentiments de solitude et d'exclusion. À ce titre, la santé sexuelle, qui est un concept positif comme la santé mentale (5), fait partie intégrante du soin en oncologie, tout comme la vie intime ou sexuelle fait partie du bien-être et de la qualité de vie pour la majorité des individus. Malgré les progrès parallèles dans la prise en charge des dysfonctions

sexuelles (8), la majorité des soignants s'occupant de cancers sous-estime l'indéniable attente d'information et de soins des malades quant aux répercussions de leur maladie sur la santé sexuelle et la vie intime (4, 6, 12, 14-16) qui restent mal prise en charge, à de rares exceptions près (4, 6, 12, 14, 15). Cette situation est étonnante à plusieurs titres :

- 40 % des cancers concernent directement la sphère génitale (figure) ;
- le cancer du sein et de la prostate, premier cancer respectivement de la femme et de l'homme (2), concerne potentiellement près de 1 adulte (malade ou partenaire) sur 6 après 50 ans ;
- un cancer opéré sur 4 (26,5 %) implique un organe génital ;
- en cas de cancer non génital (60 % des cas), la santé sexuelle et la vie intime de la majorité des patients sont très souvent atteintes indirectement (3, 7, 9, 14-16).

De fait, tout au long du parcours de soins, la santé sexuelle et la vie intime peuvent être modifiées en fonction des répercussions sur la santé physique et psychique (1, 3, 7, 8, 14), la vie conjugale, relationnelle ou sociale (perte d'autonomie, d'attractivité, d'estime de soi, etc.) [3, 9, 16-18] et les aspects identitaires (perte d'érection chez l'homme, perte d'attractivité

Tableau. Illustration de l'impact multifactoriel du cancer (gras) et de la santé sexuelle (orange) sur le bien-être psychique (enquête IPSOS/SIG, "Les Français et la santé mentale") [5]. Réponses à l'énoncé suivant: "Je vais nommer un certain nombre de situations. Pour chacune de ces situations, dites-moi si selon vous elle contribue au bien-être psychique ou psychologique d'une personne."

	Oui (%)	Non (%)	NSPP (%)	Total
Apprécier son travail au quotidien	99	1	–	100
Pouvoir compter sur le soutien de sa famille	98	2	–	100
Être épanoui(e) dans son couple	98	2	–	100
Être en bonne santé physique	97	3	–	100
Être tolérant et respecter les autres	97	3	–	100
Pouvoir compter sur le soutien de ses amis	96	4	–	100
Être capable de faire face aux défis de la vie	96	4	–	100
Avoir une bonne estime de soi	95	5	–	100
Se sentir maître de sa vie	94	5	1	100
Se sentir bien intégré à la société française	92	8	–	100
Avoir eu une enfance heureuse	90	10	–	100
Avoir une bonne alimentation	90	10	–	100
Jouer de sécurité financière	89	11	–	100
Adhérer à des valeurs	89	10	1	100

NSPP: Ne se prononce pas.

ou ménopause prématurée chez la femme, image corporelle altérée par une stomie, une cicatrice ou une mutilation, etc.) [3, 5, 11, 14, 15]. En réalité, les multiples paramètres (médicaux ou non) susceptibles d'interférer avec la vie sexuelle ou l'intimité du couple (9, 18) interagissent de façon intriquée ou non, synchrone ou non, durable ou non, en fonction de l'évolution (favorable ou non) du cancer et de l'attitude (aidante ou non) des proches du patient. Cette diversité et cette variabilité dans le temps expliquent le besoin d'une approche précoce, prolongée, globale et pluridisciplinaire (19). La persistance d'un impact négatif à distance du cancer a été très bien établie par l'enquête "La vie 2 ans après le cancer" (3, 14), puisque 65 % des hommes et des femmes interrogés rapportent encore des séquelles sexuelles et un tiers déclare une infertilité induite alors qu'un tiers des sujets de moins de 45 ans avait un projet parental. Cette problématique n'est pas accessoire, car l'impact (réel ou imaginaire) sur la vie intime du patient (et du couple) représente souvent un stress supplémentaire à la situation déjà éprouvante liée au cancer et à sa prise en charge. Les inconnues quant à l'avenir de leur vie intime (proche ou lointain) et aux séquelles sexuelles sont à la fois une source d'inquiétudes, de peurs ou d'angoisses et un facteur de solitude (affective, personnelle, sociale) [7, 9, 12, 15, 18]. Par conséquent, le paramètre qualité de vie, lié à la santé sexuelle ou à la vie intime, ne peut plus être négligé, d'autant plus que la vie sexuelle du sujet avant la maladie était active. L'information et la prise en charge (si nécessaire) des conséquences sexuelles liées ou non au cancer ou à son traitement doivent désormais faire partie intégrante de la prise en charge préventive ou curative de tout cancer (4, 6, 13, 14). La recommandation, dans le deuxième plan Cancer (1), d'un parcours personnalisé de soins de l'après-cancer reflète cette évolution (6, 10, 19).

S'en préoccuper est très souvent bénéfique pour le bien-être mais aussi pour la santé mentale positive

Toute atteinte de la santé sexuelle retentit obligatoirement sur la vie intime et relationnelle du sujet malade, ainsi que du couple, car une particularité de la sexualité et de ses troubles est d'être le plus souvent vécu et subis à deux. Néanmoins, la place de la sexualité ne doit être ni surestimée ni sous-estimée en cas de cancer, car les bénéfices

potentiels de la prise en charge des troubles sexuels ne peuvent plus être ignorés quand s'accumulent les difficultés, source de désespérance pour le patient et son partenaire (9, 18). Dans le contexte souvent dépersonnalisant de la maladie, la sexualité reste une source de plaisir, de complicité et d'intimité. Elle peut devenir un moyen d'affirmation de la féminité ou de la masculinité lorsque d'autres expressions de l'identité sexuelle (image corporelle, estime de soi, etc.) ont été mises à mal (3, 11, 14, 16). De fait, la récupération et, a fortiori, le maintien d'une vie sexuelle sont un moyen de retrouver et de préserver un sentiment de normalité quand beaucoup d'autres actes de la vie quotidienne du patient ou de son partenaire sont affectés par le cancer (7, 12, 14). Tout comme pour le travail, la reprise d'une vie sexuelle favorise un regain de confiance via le retour à une "vie de tous les jours" (14) qui aide à préserver ou à retrouver un sentiment d'appartenance à la vie quand le cancer transforme radicalement les repères et les certitudes. Cancer (mort) et sexualité (vie) s'opposent dans l'inconscient populaire, parler de sexualité revient symboliquement à parler de vie et d'avenir pour le patient et le couple (3, 7, 9, 18). Par conséquent, aborder la santé sexuelle peut aider à rester ou à se resituer dans une dynamique positive de vie en termes de désirs, de plaisirs, de sentiment d'exister, d'estime de soi ou de projets de vie. Elle redonne une certaine maîtrise du temps, enjeu important pour la santé mentale (5), afin de se percevoir moins "patient". À ce titre, avoir un partenaire aidant et maintenir une activité sexuelle (non obligatoirement coïtale ou performante) s'avèrent de bons rééducateurs à la fois pour la vie intime et la complicité du couple et pour la préservation et la récupération des fonctions sexuelles. Ces bénéfices ne peuvent plus être négligés par les soignants (7, 12, 14, 15, 19). En facilitant les capacités individuelles d'adaptation et de résilience, c'est-à-dire des dispositions à faire face à l'événement de vie particulièrement difficile et violent qu'est le cancer, l'approche oncosexologique favorise la santé mentale positive et réduit la détresse psychologique (2 des 3 dimensions de la santé mentale avec les troubles mentaux) [5] mais aussi, paramètre non anodin, l'adhésion au traitement et l'observance. De fait, que les atteintes du cancer soient physiques ou mentales, nombre de patients se sentent non désirables, non désirés ou non désirants, d'autant plus que la transformation d'un individu autonome en sujet malade ou en sujet partenaire garde- ou aide-malade altère souvent le désir, dimension essentielle de l'existence et du bien-être avec le plaisir. Se préoccuper de la santé sexuelle et informer

des éventuelles conséquences de la maladie sur la vie intime est d'autant plus important que, contrairement aux idées reçues, l'épreuve du cancer ne sépare qu'une minorité (10 %) de couples (déjà fragiles avant la maladie et très peu en raison du cancer) et en renforce un bon tiers (37 %) [3, 14]. L'impact négatif sur la sexualité est particulièrement pénalisant pour les 40 % de Français qui vivent seuls (majoritairement des femmes) [5]. Cette contrainte supplémentaire renforce leur sentiment de solitude, qui est à l'origine d'une baisse de la sociabilité d'autant plus dure et mal acceptée que les sujets sont jeunes, malades et sans partenaire (1, 3, 5). C'est pourquoi la présence au quotidien d'un conjoint ou partenaire aidant est une excellente protection contre le mal-être et la perte de repères par le soutien, la confiance ou le réconfort ; d'où l'intérêt, si possible, d'intégrer le couple dans la prise en charge (9, 11, 12, 14-18), de préserver la vie intime du couple et de s'enquérir de leurs éventuels projets parentaux et de vie. L'aide du partenaire est plus facilement sollicitable car "le sentiment journalier d'importer à ses yeux crée une intimité favorable à l'expression des sentiments et des échanges sexuels" (5). Ainsi, une activité sexuelle régulière du couple avant le cancer, mais aussi la qualité de l'information et du soutien psychologique fournis par l'équipe soignante, sont autant de paramètres significativement favorables pour le devenir de la vie du couple (3, 14) confronté à l'épreuve plus ou moins longue d'une sexualité précaire, contrainte ou endormie. Dans tous les cas, face à la mise à l'épreuve représentée par le cancer, la préservation ou le renforcement de la relation de couple dépendent de facteurs médicaux (fonction des choix et de la durée des traitements, des effets secondaires puis des séquelles) et non médicaux liés à l'histoire du couple (ancienneté, entente, vie sexuelle, etc.) et à des facteurs psychosociaux ou culturels (croyances, idées reçues, tabous, etc.) qui diffèrent souvent selon le sexe.

Les médecins ne prennent pas (encore) suffisamment l'initiative

Lever le silence, légitimer la demande et autoriser à en parler répondent à une attente forte des patients et font partie d'une bonne prise en charge en oncologie, car informer sur les risques et les séquelles sexuels est une obligation à la fois éthique et légale. Les opportunités d'informer lors du parcours de soins ne manquent pas puisque, en 2009, 6 860 564 séances

et séjours par type de traitement carcinologique ont été dénombrés (2) dans les 885 établissements autorisés, incluant 414 875 hospitalisations pour chirurgie carcinologique, 273 300 chimiothérapies, 42 000 thérapies ciblées et 103 867 radiothérapies ! Par conséquent, les médecins ne doivent plus être un facteur de résistance (4, 6, 13), mais, au contraire, d'exemplarité en étant moteur du changement des comportements, car leur rôle est de soigner et non d'être de simples prescripteurs. Pour prévenir ou réduire les inquiétudes ou les souffrances (réelles ou imaginaires), il faut d'abord les objectiver, d'où l'importance de l'écoute, du vocabulaire et de l'attention à porter aux non-dits, aux fausses représentations et aux idées reçues, très variables selon les patients et l'évolution de la maladie (7). Toutefois, le déficit actuel de prise en charge ne reflète pas un défaut de sensibilisation des médecins à la dimension oncosexologique. Le fait est qu'ils sont plus réactifs que proactifs (6, 14), car le médecin qui s'occupe du cancer n'est pas toujours perçu par le patient comme le meilleur interlocuteur (à la différence du médecin traitant et, surtout, de l'infirmière) pour aborder leurs craintes, leur vulnérabilité ou leur narcose sexuelle. Le paradoxe actuel (forte attente contre faible prise en charge) s'explique par une triple problématique largement partagée entre soignants et soignés (6, 19) : manque de savoirs (théoriques, savoir-être, savoir-faire, etc.) – à quelques exceptions près (sénologues, gynécologues, urologues, etc.) – et de démarches codifiées pour mener l'entretien et orienter sur ce thème particulier de la santé (4, 6, 13, 15, 19, 20) ; offre oncosexologique illisible et inorganisée ; difficultés de communication (4, 7, 13, 19, 20), aggravées par les mythes, peurs, tabous et idées fausses. L'émotion primant trop souvent sur la réflexion, les mots *cancer*, *sexualité* et *sexologie* sont à l'origine d'un socle de représentations erronées entretenant les blocages. Le patient attend que le soignant en parle et vice versa (9, 18) ! Pourtant, le souhait de guérir (ou de contrôler le cancer) avec le moins de séquelles possibles implique d'intégrer la qualité de vie et, donc, d'aborder la santé, la vie et la demande sexuelles ; d'autant plus qu'il est souvent possible de concilier les logiques de soins et de qualité de vie. Savoir qui, pourquoi, quand et comment informer des conséquences délétères potentielles des cancers et de leurs traitements sur la vie intime est simple... sous réserve (comme pour tout domaine médical) que cela se fasse de façon naturelle et légitime, c'est-à-dire médicalisée et professionnelle (6, 13, 19, 20) via le respect des référentiels et des règles de bonnes pratiques oncosexologiques (19, 20).

Le vocabulaire n'est en rien accessoire, puisque les mots *sexualité* et *sexe* sont de puissants perturbateurs de la communication. Le dialogue doit rester strictement sur un plan médical, d'où le besoin de maîtriser le langage et la communication (2-4, 7, 13, 15) en ne parlant jamais de "sexe" mais de santé sexuelle et de ses troubles, domaine de légitimité (sinon de compétence) du soignant (6, 17, 19).

La perception de la sexualité varie beaucoup d'un individu à l'autre, d'un couple à l'autre, d'un cancer à l'autre, d'un moment à l'autre, d'un sexe à l'autre, d'un contexte individuel ou sociétal à l'autre et même d'un soignant à l'autre (en fonction de ses connaissances et de sa sensibilisation) [3, 9, 10, 16, 17]. Le souci d'une information éclairée, adaptée et partagée est essentiel dans ce domaine spécifique de la santé et de la qualité de vie. En rassurant le patient (et le couple), l'approche ouverte et empathique du soignant (3, 7, 9, 18, 19) minimise les craintes quant aux séquelles sexuelles, très souvent masquées ou dissimulées. Cette démarche globale facilite une prise en charge à la fois éthique et humaniste, c'est-à-dire personnalisée en fonction du patient et non du soignant ! En renforçant la relation de confiance soigné-soignant, elle peut être un facteur d'une meilleure observance du traitement et d'un meilleur suivi. En pratique quotidienne, le simple fait d'informer et d'ouvrir la porte au dialogue sur ce sujet sensible suffit à répondre à la demande d'une large majorité de patients – du moins dans un premier temps, car les priorités varient tout au long du parcours de soins, notamment en fonction de l'évolution du cancer, de ses symptômes, des effets secondaires des traitements et des séquelles. Pour ces raisons, le statut sexuel doit être évalué tout au long du

parcours personnalisé de soins, avec 4 moments clés qui sont l'annonce (où la prise en charge du cancer est la priorité initiale), la phase de traitement, la sortie et l'après-cancer (7, 19).

Conclusion

Étant donné qu'on vit de plus en plus longtemps avec un cancer, les malades et leurs proches sont confrontés à des problématiques croissantes de qualité de vie. La vie sexuelle, une de ses composantes majeures, est très souvent altérée, conséquence des multiples effets délétères du cancer et de son traitement sur la santé (sexuelle, physique ou psychique), mais aussi sur la vie quotidienne (émotionnelle, conjugale et sociale). Comme pour la douleur il y a 20 ans, le silence et l'évitement ne doivent plus être obligatoirement un prix à payer. Au contraire, l'information et la prise en charge des troubles de la santé (sexuelle ou non) et l'amélioration de la qualité de vie font partie des obligations déontologiques, médico-légales et éthiques. Cette prise en charge est d'autant plus légitime qu'elle répond à :

- Une réalité épidémiologique (40 % de cancers génitaux) ;
- Une forte attente des patients et des soignants ;
- Une réelle sensibilisation de la majorité des soignants expliquant leurs demandes d'information et de lisibilité de l'offre ;
- Une démarche qualité des soins en oncologie et de réduction des inégalités d'accès aux soins ;
- Un devoir d'information sur les risques et les séquelles sexuels (particulièrement en cas de cancer génital ou de projet parental).

Références bibliographiques

1. Plans Cancer 2003-2007 et 2009-2013. <http://www.plan-cancer.gouv.fr/>
2. Institut national du cancer. La situation du cancer en France en 2010. Coll. Rapports et synthèses. <http://www.e-cancer.fr/>
3. Le Corroller-Soriano AG, Malavolti L, Mermilliod C. La vie 2 ans après le diagnostic de cancer. Paris : La Documentation Française, 2008.
4. Katz A. The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. *J Clin Oncol* 2005;23:238-41.
5. Boisson M, Godot C, Sauneron S. La santé mentale, l'affaire de tous: pour une approche cohérente de la qualité de la vie. 2009. <http://www.strategie.gouv.fr/>
6. Bondil P, Habold D, Damiano T, Champsavoir P. The ROSA experience: a health professional network to reduce the inequality of access to oncosexual care. 2nd Rotterdam Symposium on cancer and sexuality. 2010. International Society for Sexuality and Cancer (ISSC). <http://www.issc.nu/>
7. Ravazi D, Delvaux N. Précis de psycho-oncologie de l'adulte. Paris : Masson, 2008.
8. Sadovsky R, Bason R, Krychman M, Martin Morales A, Schover L, Wang R, Incrocci L. Cancer and sexual problems. *J Sex Med* 2010;7:349-73.
9. SOR Savoir patient : Vivre pendant et après un cancer. Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer. Cancer et sexualité. <http://www.e-cancer.fr/>
10. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé. Paris : La Découverte, 2008.
11. Brédart A, Dolbeault S, Savignoni A et al. Difficultés sexuelles après le traitement d'un cancer du sein non métastatique : résultats d'une étude exploratoire. *La Lettre du Cancérologue* 2009;28:392-5.
12. Fournier E, Christophe V, Vanlemmens L. Pertinence d'évaluer la qualité de vie des femmes jeunes et de leur partenaire en sénologie. *Bull Cancer* 2009;96:571-7.
13. Park ER, Norris RL, Bober SL. Sexual health communication during cancer care: barriers and recommendations. *Cancer J* 2009;15:74-7.
14. Préau M, Bouhnik AD, Rey D, Mancini J. Les difficultés sexuelles à la suite de la maladie et des traitements. In : Le Corroller-Soriano AG, Malavolti L, Mermilliod C. La vie deux ans après le diagnostic de cancer. Paris : La Documentation Française, 2008:299-310.
15. Habold D, Bondil P. Cancers de l'homme et retour à la sexualité. *La Lettre du Cancérologue* 2010;29:170-9.
16. Mimoun S, Brioschi PA, Veluire M, Zarca M. Interférence du cancer du sein sur la sexualité. *Oncologie* 2009;11:771-4.
17. Dolbeau S, Flahault C, Brédart A. Approche psychosociale des difficultés intimes et sexuelles des patientes atteintes de cancer féminin et de leur conjoint. *La Lettre du Cancérologue* 2009;28:418-22.
18. Rizk T. Les proches atteints d'un cancer : usure et temporalité. Abord de la problématique et expériences croisées des professionnels et des intéressés. Institut National du Cancer, 2007. <http://www.e-cancer.fr/>
19. Cancer, santé et vie sexuelles. Référentiel de pratiques pour les soignants coordonné par P. Bondil et D. Habold. Décembre 2010. <http://www.afsos.org/>
20. Hoerni B. Pratique médicale et sexualité. Rapport du Conseil de l'Ordre des médecins. Décembre 2000. <http://www.conseil-national.medecin.fr/fr/.../pratique-medicale-et-sexualite-681>